

PROBLÈME DIAGNOSTIQUE DE LA MYOSITE OSSIFIANTE CIRCONSCRITE : PRÉSENTATION D'UN CAS ATYPIQUE

J. L. GIELEN, Y. LECOMTE, J. C. BIENFAIT

SUMMARY : *Diagnostic problems of circumscribed myositis ossificans : presentation of an atypical case.*

The authors report the case of a 22-year-old female suffering from thigh pain for 5 months. The first diagnosis considered was circumscribed myositis ossificans but the duration of symptoms and the radiological aspect mimicking some malignant features led to consider parosteal sarcoma as a possible diagnosis.

Surgical resection was therefore requested and histological analysis confirmed the diagnosis of circumscribed myositis ossificans.

This case emphasizes the difficulty in differentiating circumscribed myositis ossificans from a slowly growing tumor as both can be associated with increasing pain and a malignant radiological aspect. A surgical approach is therefore frequently necessary for definitive diagnosis and treatment.

Keywords : myositis ossificans ; diagnosis ; surgical approach.

Mots-clés : myosite ossifiante ; diagnostic ; traitement chirurgical.

INTRODUCTION

La myosite ossifiante circonscrite est une pathologie rare et bénigne. Elle se traduit par l'ossification focale d'un muscle, souvent quelques semaines après un traumatisme localisé. L'étiologie traumatique n'est pas toujours évidente, pas plus que le caractère bénin de la lésion ; celle-ci involue spontanément dans la plupart des cas. Chez notre patiente, c'est l'exérèse chirurgicale qui a confirmé le diagnostic et a entraîné la disparition de la douleur.

CAS CLINIQUE

Une jeune fille de 22 ans consulte pour une douleur à la hanche et au genou gauches depuis environ 5 mois, douleur survenant à la marche et lorsque la patiente se relève d'une position assise ou accroupie prolongée. Il n'y a pas de douleur nocturne ni d'autre symptôme d'accompagnement. L'examen clinique ne décèle rien de particulier si ce n'est une douleur vive à la palpation de la face antérieure de la hanche.

Dans l'anamnèse, on ne relève qu'un accident de moto survenu 5 ans auparavant. Un important traumatisme avait occasionné une large plaie par dégagement du genou gauche qui avait nécessité des soins locaux sous anesthésie générale. Une nécrose cutanée secondaire avait retardé la guérison qui n'est intervenue que 4 mois plus tard. La patiente n'est pas sportive et ne signale aucun antécédent médical.

Suite à notre consultation, des radiographies du bassin et de la hanche gauche sont réalisées ; elles sont protocolées normales.

Le traitement proposé est symptomatique et il est recommandé d'éviter les contraintes importantes sur le membre inférieur gauche.

Onze mois après cette consultation, la patiente décrit toujours les mêmes symptômes qui se précisent cependant, la douleur apparaissant éga-

Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie, Clinique de l'Espérance, Montegnée, Belgium.

Correspondance et tirés à part : J. L. Gielen, Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie, Clinique de l'Espérance, rue Saint-Nicolas, 447-449, B-4420 Montegnée.

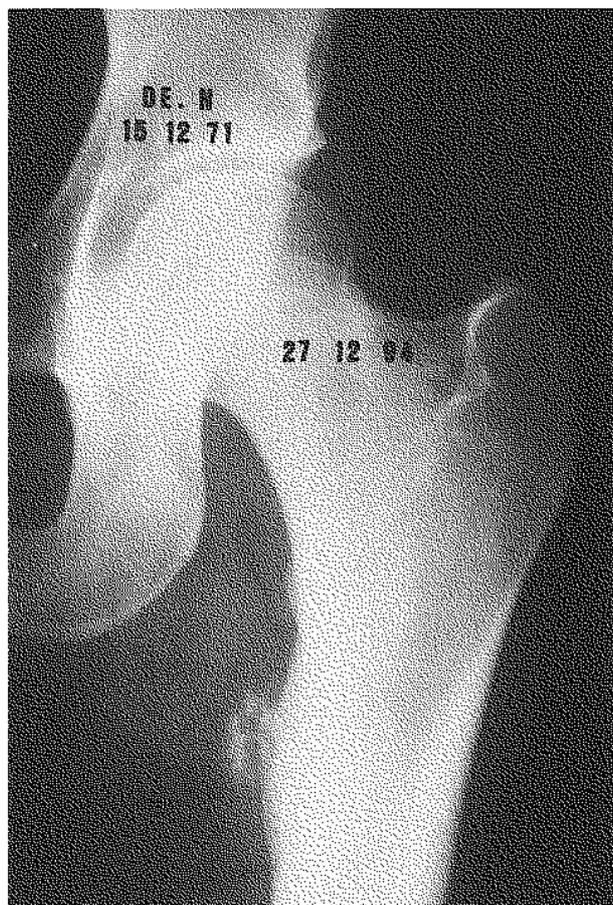


Fig. 1. — Radiographie de hanche gauche montrant une plage d'hyperostose corticale homogène à limite régulière en-dessous du petit trochanter et des calcifications des tissus mous à disposition annulaire en regard de cette hyperostose.

lement lors d'une station assise prolongée et lors de marches moins longues. Elle ne signale pas de boiterie.

Une nouvelle radiographie de hanche (fig. 1) montre une plage d'hyperostose corticale homogène à limite régulière en-dessous du petit trochanter et des calcifications des tissus mous à disposition annulaire en regard de cette hyperostose. Rétrospectivement, l'étude des premières radiographies permet de constater l'existence d'une opacité de très faible densité et une hyperostose relative. La tomодensitométrie de la lésion (fig. 2) montre bien la disposition annulaire au sein du muscle vaste interne sous l'insertion duquel la zone

d'épaississement cortical est homogène et bien circonscrite. Le diagnostic retenu est celui de myosite ossifiante et de périostite réactionnelle de voisinage dans la région de l'insertion du vaste interne.

Le traitement conservateur est poursuivi car les douleurs semblent calmées par la cryothérapie, le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Des contrôles radiographiques successifs confirment l'absence d'évolutivité de la lésion. Cependant, les douleurs augmentent en intensité et en fréquence et une exploration plus poussée est donc réalisée. L'image tomодensitométrie est similaire à la précédente, signant l'absence d'évolutivité morphologique ou volumétrique de la lésion. La scintigraphie au technétium (Tc-99m HDP 25 mCi) fixant dans la région du petit trochanter, le protocole conclut à une image de remaniements post-traumatiques non spécifique. Par contre, l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) évoque des signes d'évolution dans la composante périphérique (hypersignal en pondération T2 et prise nette de gadolinium), remettant en question le diagnostic initial pour faire envisager la possibilité d'un sarcome parostéal à croissance lente. Le crescendo de la symptomatologie et un contrôle tomодensitométrie ultérieur confirmant une tendance à l'extension centrifuge et irrégulière, avec une composante tissulaire hypodense également croissante, l'exploration chirurgicale est décidée.

L'intervention, réalisée deux ans après la première consultation, permet de découvrir le long du bord interne du fémur, en-dessous du petit trochanter et au voisinage immédiat des branches du nerf crural, une lésion d'aspect bénin évoquant une éponge calcifiée et spiculée, non adhérente à l'os, d'environ 25 mm de grand axe et 15 mm de petit axe. L'exérèse en est réalisée sans difficulté, sans saignement important. En regard de la lésion, il existe une hyperostose fémorale dense à structure lamellaire.

L'analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic de myosite ossifiante ancienne avec hypertrophie de l'os cortical en regard de la lésion intramusculaire.

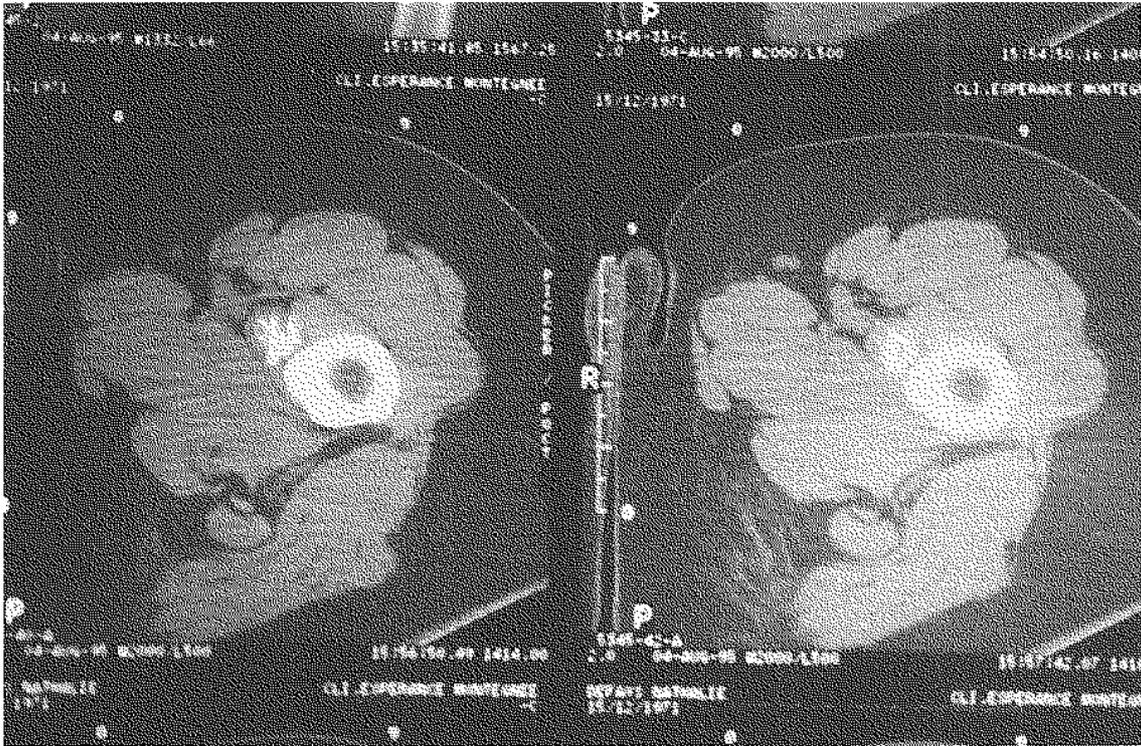


Fig. 2. — Tomodensitométrie de la lésion soulignant la disposition annulaire des calcifications au sein du muscle vaste

interne sous l'insertion duquel la zone d'épaississement cortical est homogène et bien circonscrite.

L'évolution post-opératoire de la patiente est satisfaisante puisqu'elle est devenue asymptomatique, avec un recul actuel de 2 ans.

DISCUSSION

«Myosite ossifiante» est un terme ambigu, puisque suggérant une atteinte inflammatoire ; il s'applique à deux types de lésions ossifiées. On distingue la myosite ossifiante progressive ou maladie de Münchmeyer (génétique) de la myosite ossifiante circonscrite (MOC) pour laquelle on distingue habituellement une forme traumatique et une forme non-traumatique.

La MOC qualifie une formation osseuse bénigne localisée dans un tissu musculaire. Elle est rare et touche souvent le jeune adulte, sans prédominance de sexe (5-7). Elle peut se localiser dans n'importe quel muscle mais on la retrouve le plus fréquemment au niveau des muscles volumineux des membres (cuisse, mollet, bras, fesse) (5-7).

Dans beaucoup de cas, elle est secondaire à un traumatisme et se manifeste d'abord par l'apparition d'une tuméfaction chaude et douloureuse dans le territoire de ce traumatisme, classiquement après une période de 1 à 4 semaines. L'étiologie traumatique n'est pas constante et l'origine de la pathologie reste dès lors inconnue (5, 7).

Le diagnostic n'est pas aisé. Dans la phase aiguë (avant l'apparition de calcifications), on évoquera la possibilité d'une tumeur des tissus mous, d'un hématome, d'une infection ou encore d'une thrombophlébite (4). L'ossification ne se traduit radiologiquement qu'après plusieurs semaines (6) et le diagnostic différentiel se fait alors avec un ostéosarcome ou un chondrosarcome (2).

L'apparition sur les radiographies standard d'une bordure ossifiée et d'un aspect annulaire (en couronne ou en cocarde) de la lésion est caractéristique et signe la phase de maturation (6, 7). Cet aspect peut être bien mis en évidence par la tomodensitométrie qui permet de détecter les

calcifications plus précocement. La persistance d'une zone de transparence normale entre la lésion et la corticale osseuse doit orienter le diagnostic vers une lésion bénigne (1, 7). L'orientation de la lésion parallèlement à l'os et l'intégrité de la corticale en regard sont aussi cités comme des critères diagnostiques (5) mais on retrouve fréquemment une réaction périostée en regard de la lésion (3, 5, 7).

La scintigraphie au technétium (Tc-99m) ou au thallium (Tl-201) peut détecter précocement l'ossification hétérotopique en cours (4) ; l'IRM semble être également utile pour un diagnostic précoce (2), notamment avec injection de gadolinium. Ces examens sont cependant inutiles si l'aspect est caractéristique en radiologie conventionnelle ou en tomodensitométrie. L'échographie et l'artériographie sont peu contributives, l'échographie pouvant toutefois révéler des micro-ossifications non visibles à la radiographie standard au stade précoce (2, 5).

Le traitement doit être conservateur (surveillance radio-clinique) puisque l'involution spontanée est la règle et qu'il n'y a pas de risque de transformation maligne (3, 4).

Une biopsie précoce et limitée de la lésion peut révéler des tissus microscopiquement indifférentiables d'un processus sarcomateux et conduire à un diagnostic erroné et à un traitement inapproprié (1, 6, 7). On préférera une biopsie-exérèse de la lésion en cas de doute diagnostique. La résection chirurgicale ne doit pas être envisagée trop rapidement pour éviter une récurrence rapide de l'ossification (4). Elle est indiquée si la lésion reste symptomatique après plusieurs mois d'observation ou en cas de doute diagnostique (5, 6, 7). Dans le cas présenté, il est possible que le voisinage de l'ossification et des branches nerveuses soit à l'origine de l'importance de la symptomatologie douloureuse.

L'expression de la MOC n'est donc pas toujours classique ce qui rend le diagnostic aléatoire. Une exérèse chirurgicale est alors seule susceptible de confirmer avec certitude le caractère bénin de la lésion et de soulager dans le même temps le patient.

Ce cas montre la difficulté de préciser le diagnostic de la myosite ossifiante circonscrite lorsqu'une symptomatologie douloureuse croissante ou une image radiologique peuvent évoquer une malignité lente et progressive. Une orientation chirurgicale est donc souvent nécessaire tant pour le diagnostic que pour le traitement.

RÉFÉRENCES

1. Ackerman L. V. Extra-osseous localized non-neoplastic bone and cartilage formation (so-called myositis ossificans). *J. Bone Joint Surg.*, 1958, 40-A, 279-298.
2. Bouchardy L., Garcia J. Apport de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans le diagnostic de la myosite ossifiante circonscrite (MOC). *Radiol.*, 1994, 75, 101-110.
3. Ducloyer P., Tomeno B., Forest M., Belloir C., Wybier M. La myosite ossifiante circonscrite non traumatique. A propos de 14 observations et revue générale. *Rev. Chir. Orthop.*, 1988, 74, 659-668.
4. Güngör F., Yazici M., Egehan I., Demircali A.E., Sahin M., Kahir S., Elgin Y., Burak Z., Bernay I. Thallium-201 uptake in myositis ossificans. Potential pitfall in diagnosis. *Clin. Nucl. Med.*, 1995, 20, 259-262.
5. Mathonnet M., Longis B., Moulies D. Myosite ossifiante circonscrite non traumatique. Problème diagnostique. *Ann. Orthop. Ouest*, 1992, 24, 91-94.
6. Moskovic E., Serpell J. W., Parsons C., Fisher C., Thomas J. M. Benign mimics of soft tissue sarcomas. *Clin. Radiol.*, 1992, 46, 248-252.
7. Nuovo M. A., Norman A., Chumas J., Ackerman L.V. Myositis ossificans with atypical clinical, radiographic, or pathologic findings : A review of 23 cases. *Skeletal Radiol.*, 1992, 21, 87-101.

SAMENVATTING

J. L. GIELEN, Y. LECOMTE, J. C. BIENFAIT.
Diagnostische problemen bij een atypisch geval van myositis ossificans circumscripta.

De auteurs beschrijven een 22-jarige vrouw met een 5 maanden voorgeschiedenis van pijn in de dij. De diagnose van myositis ossificans circumscripta werd vooropgesteld doch de klinische en radiologische aspecten deden denken aan een parosteaal sarcoma. De chirurgische resectie werd voorgesteld en de histologie bevestigde de myositis.